توانایی، عاطفه؛ آهی، قاسم؛ منصوری، احمد (۱۳۹۷). اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی اختلال‌های جنسی و مشکلات زناشویی بر پویایی‌های رابطه جنسی و جاذبه جنسی زنان.
پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۸(۲)، ۲۲-۵.
DOI: 10.22067/ijap.v8i2.62597

اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی اختلال‌های جنسی و مشکلات زناشویی بر پویایی‌های رابطه جنسی و جاذبه جنسی زنان

عاطفه توانایی[۱]، قاسم آهی[۲]، احمد منصوری[۳]

تاریخ دریافت: ۹۵/۱۱/۲۵ تاریخ پذیرش: ۹۷/۳/۷

چکیده

هدف: بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی اختلال‌های جنسی و مشکلات زناشویی بر پویایی-های رابطه جنسی و جاذبه جنسی زنان مراجعه‌کننده به دادگاه خانواده بود.
روش: در یک پژوهش نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون- پس‌آزمون و گروه کنترل، تعداد ۳۰ نفر از زنان مراجعه کننده به دادگاه خانواده شهر مشهد به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به تصادف در دو گروه آزمون و کنترل جایگزین شدند. گروه آزمون در ۸ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای درمان شناختی رفتاری گروهی اختلال‌های جنسی و مشکلات زناشویی را دریافت کردند، در حالی‌که گروه کنترل در معرض چنین مداخله‌ای قرار نگرفتند. شرکت‌کنندگان پرسشنامه خودافشایی رابطه و آگاهی جنسی را تکمیل کردند. داده‌های پژوهش به کمک نرم-افزار آماری اس‌پی‌اس‌اس و با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی و تحلیل کوواریانس تحلیل شدند.
یافته‌ها: یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که درمان شناختی رفتاری گروهی اختلال‌های جنسی و مشکلات زناشویی سبب بهبود جاذبه جنسی و پویایی جنسی زنان گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل می‌شود. بر اساس نتایج این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که درمان شناختی رفتاری گروهی اختلال‌های جنسی و مشکلات زناشویی بر پویایی‌های رابطه جنسی و جاذبه جنسی زنان مراجعه‌کننده به دادگاه خانواده موثر است. همچنین، درمانگران می‌توانند از این روش درمانی جهت بهبود پویایی‌های رابطه جنسی و جاذبه جنسی زنان استفاده کنند.
واژه های کلیدی: رابطه جنسی، جاذبه جنسی، اختلال‌های جنسی، مشکلات زناشویی.

---

۱. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران، avanaei.psy1991@gmail.com
۲. استادیار گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران، (نویسنده مسئول) Ahigh1356@yahoo.com
۳. استادیار گروه روانشناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران.

مقدمه

مسائل جنسی جسم، روان، ذهن و رفتارهای اجتماعی را تحت تاثیر قرار می‌دهد و به مخاطره افتادن رفتارهای جنسی منجر به اختلال در هیجانات، شخصیت، عملکرد هیجانی/اجتماعی و روابط زوج‌ها می‌شود (Lotfi Kashani, Vaziri & Hajizadeh, 2014). سلامت جنسی[1] به عنوان حالتی از بهزیستی جسمی، هیجانی، روانی و اجتماعی مرتبط با جنسیت و صرفاً نبود بیماری، کژکاری یا عدم باروری تعریف شده است. بعلاوه، سلامت جنسی مستلزم داشتن رویکردی مثبت به جنسیت و روابط جنسی، امکان داشتن روابط جنسی ایمن و لذت بخش، فاقد اجبار، تبعیض و خشونت است (World Health Organization, 2002). اختلال عملکرد جنسی نیز به عنوان کاهش پایدار یا عودکننده تمایل جنسی، تحریک جنسی، درد هنگام نزدیکی و وجود مشکل یا ناتوانی در رسیدن به اوج لذت جنسی تعریف شده است (Basson, Berman & Whipple, 2000). در حال حاضر دو رویکرد درمانی برای زنانی که از فقدان لیبیدو رنج می‌برند وجود دارد: دارودرمانی و روان‌درمانی. برای فقدان میل‌جنسی زنان داروهای متعددی از جمله استروژن، متیل تستوسترون، بوپروپیون و سافرون مورد استفاده قرار می‌گیرد (Akhtari & et al, 2014). از آن جهت که عوامل روان‌شناختی نقش مهمی در ایجاد و به‌طور خاص در حفظ کژکاری‌های جنسی دارند، مداخلات روان‌شناختی درمان‌های مناسب برای کژکاری های جنسی هستند (Althof & et al, 2005). بر این اساس پژوهش حاضر به دنبال بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی[2] اختلال‌های جنسی و مشکلات زناشویی بر پویایی‌های رابطه جنسی و جاذبه جنسی زنان مراجعه کننده به دادگاه خانواده است.

یافته‌های پژوهشی نشانه‌های باروری، سلامت و سایر علامت‌هایی که مربوط به کیفیت رابطه همسری است را به عنوان شاخص‌های جذابیت معرفی کرده‌اند (Fink & Penton-Voak, 2002; Gangestad & Scheyd, 2005; Sugiyama, 2005; Singh, 1993). بوس (Buss, 1998) بیش از ده هزار نفر را از فرهنگ‌-های مختلف مورد مطالعه قرار داد تا ببیند که آیا ویژگی‌های جهانی برای معیار جذابیت وجود دارد یا نه؟ وی دریافت که به رغم تفاوت‌های فرهنگی تکامل ویژگی‌هایی را برگزیده است که انسان‌ها آنها را در یک جفت خوب مهم تشخیص داده‌اند. مهمترین این ویژگی‌ها از دیدگاه مردان زیبایی و جوانی و از دیدگاه زنان درآمد خوب و کوشایی هستند. بنابراین جذابیت و به‌طور خاص جذابیت فیزیکی نقش مهمی را در انتخاب جفت در انسان دارد (Rhodes, Simmons & Peters, 2005). مطابق با دیگاه تکاملی جذابیت فیزیکی به عنوان نشانه‌ای برای یک جفت با کیفیت و مناسب برای تولید مثل عمل می‌کند (Rhodes, 2006;

1. Sexual Health
2. Cognitive Behavioral Group Therapy (CBGT)

Gangestad & Scheyd, 2005; Rhodes, Simmons & Peters, 2005; Thornhill & Gangestad, 1999; Hume & Montgomerie, 2001) و این مسئله در چارچوب تئوری‌های انتخاب جنسی تبیین می‌شود (Johnston, 2006). شواهد غیرمستقیم حاکی از آن است که جذابیت ممکن است تفاوت در باروری انسان را تبیین کند (Jokela, 2009). آپلیکا، فین برگ، مارلاو (Apicella, Feinberg & Marlowe, 2007)گزارش کردند که جذابیت فیزیکی با قدرت باروری بالاتر همبسته است. یافته‌های پژوهشی نیز نشان می‌دهد که جذابیت پیش‌بینی کننده رفتار جنسی فعالتر و موفقیت بالاتر در جفت‌گیری است (Weeden & Sabini, 2007). همچنین شاخص‌های جذابیت با فیزیولوژی تناسلی سالمتر، باروری بهتر در زنان و قابلیت بهتر برای بچه‌دار شدن (Jasienska, Lipson, Ellison, Thune & Ziomkiewicz, 2006) و کیفیت بالاتر اسپرم در مردان (Peters, Rhodes & Simmons, 2008) همبسته است.

کانازاوا (Kanazawa, 2007) معتقد است که جذابیت والدین توزیع جنسی فرزندانشان را جهت می-دهد، طوری‌که دختران در مقایسه با پسران از جذابیت وراثتی بیشتر سود می‌برند. بنابراین افراد تکامل یافته‌اند تا به ویژگی‌های فیزیکی دیگران توجه کنند و آنها را به عنوان جفت انتخاب کنند. به نظر می‌رسد که معیارهای جذابیت منعکس‌کننده تکامل ما در طول تاریخ و به‌طور خاص در دهه گذشته باشد و بر نقش مهم ارزیابی سلامت در انتخاب جفت تاکید دارد (Schaefer & et al, 2006). با این حال مطالعات مربوط به جذابیت و موفقیت در جفت‌گیری اغلب اثرات خطی را بررسی کرده‌اند، اما این امکان وجود دارد که جذابیت بالا نه تنها موفقیت در باروری را کاهش دهد، بلکه موفقیت در روابط را نیز کاهش می‌دهد، زیرا افراد با جذابیت بالا احتمال بیشتری هست که شریک‌شان را ترک کنند یا روابط فرازناشویی داشته باشند (Boothroyd, Jones, Burt, DeBruine & Perrett, 2008; Chu, Hardaker, Lycett, 2007; Waynforth, 2001). بنابراین جذابیت متوسط ممکن است از جذابیت بالا مطلوب‌تر باشد. احساس جذابیت جنسی مانند یک مکانیزم عمل می‌کند و می‌تواند به یک زن جذابیت‌های جنسی برای یک همسری کوتاه مدت را بدهد و این جذابیت‌ها انگیزه راهبردهای استثمارگرانه را فراهم می‌کند. قابل بهره‌کشی بودن بیشتر یک زن ممکن است در دراز مدت جذابیت همسری او را کم کند، زیرا یک مرد نسبت به همسری که می‌تواند موردبهره‌کشی دیگر مردان قرار بگیرد احساس خطر می‌کند (Goetz, Easton, Lewis & Buss, 2012).

یک ازدواج رضایت‌بخش نیازمند برقراری ارتباطی موثر و کارآمد می‌باشد (Karahan, 2007). ارتباط فرایند انتقال احساسات، نگرش‌ها، حقایق، باورها و ایده‌ها است. محدود به کلمات نیست، بلکه بواسطه گوش‌دادن، سکوت، حالات چهره، ژست‌ها، لمس‌کردن و همه نمادها و نشانه‌های غیر زبانی مورد استفاده برای رساندن و دریافت معنی اتفاق می‌افتد (Millard & Bienvenu, 1970). ارتباط زناشویی نیز فرایندی

است که طی آن زن و مرد به‌صورت کلامی و غیرکلامی به تبادل احساسات، افکار، نگرش‌ها، حقایق، باورها و ایده‌ها می‌پردازند (Kimiaee, Mansouri & Mansouri, 2016). با وجود این، الگوهای ارتباطی منفی و ناکارآمدی در بیان افکار و هیجانات خود، مهارت‌های گوش دادن و حل مسئله، انتقال احساسات و استفاده مناسب از حالات چهره، ژست‌ها، لمس کردن و سایر نمادها و نشانه‌های غیر زبانی دیگر عامل عمده پریشانی زوجین می‌باشند (Sexton, Weeks & Robbins, 2003). از سوی دیگر، هماهنگی و ارضای نیازهای بین زن و شوهر از جمله ارضای نیازهای عاطفی و جنسی، مهارت‌های مربوط به ایجاد تفاهم و شیوه‌های بیان محبت می‌توانند سبب رضایت آنها از ازدواج و تداوم آن گردد. عشق، صمیمیت و رابطه جنسی جنبه‌های درهم تنیده روابط پویا هستند که هرکدام می‌تواند به شیوه‌های مثبت یا منفی بر دیگری اثر داشته باشد (Tonekaboni, Hassanzadeh & Ebrahimi, 2013). فیدو (Fido, 2004) نیز معتقد است که زنان در روابط نزدیک خود بر صمیمیت و نزدیکی، ارزش بیشتری می‌گذارند. طی رابطه جنسی، مقدار زیادی اکسی توسین در بدن زن ترشح می‌شود که نیاز به آرامش و نزدیکی را تعدیل می‌کند (Buga, Amokom & Ncayiyana, 1996) و رابطه پویا از نظر روانی نیز احساس آرامش، نزدیکی، صمیمیت، افزایش رضایت جنسی، کاهش نشانه‌های افسردگی و افزایش اعتماد به نفس زوج‌ها را به همراه دارد (Roffe & Britt, 1981). واتزلاویک (Farmani Shahreza, Rasouli & Ghaedniay Jahromi, 2014) بر این باور است که پیوندها، وسیله الگوهای ارتباطی پویا، به‌گونه‌ای پیوسته هستند و حتی با دگرگون شدن عنوان، پایدار باقی می‌مانند و هر پیوند پاسخ به یک محرک تازه است که با هدف از میان برداشتن یک مشکل پدید می‌آید. بنابراین، ارتباط ناموثر در ایجاد و تداوم مشکل جنسی نقش مهمی دارد، زیرا تعامل جنسی موقعیت پویایی است که در آن دو نفر به طور مداوم بر رفتار یکدیگر تأثیر می‌گذارند (Spence, 1991).

مک‌کبی و کوباین (McCabe & Cobain, 1998) گزارش کردند که در زنان دارای کژکاری جنسی نسبت به زنان دارای کارکرد بهنجار احتمال بیشتری هست که روابط نزدیک زوجین آسیب ببینید. کیلی، استاسبرگ، ترنر (Kelly, Strassberg & Turner, 2006) گزارش کردند در زوج‌هایی که زنان اختلال ارگاسم را تجربه می‌کنند در مقایسه با زوج‌های کنترل که اختلال‌های جنسی را تجربه نکرده‌اند روابط ضعیف‌تری دارند. راف و بریت (Roffe & Britt, 1981) شواهدی ارایه دادند مبنی بر اینکه که بین زوج‌هایی که دنبال کام درمانی هستند سطوح خصومت بالاتر است. آنها همچنین فقدان عاطفه یا عاطفه سطح پایین را در روابط زوج‌های دارای اختلال‌جنسی گزارش کردند. روزن و آلتوف (Rosen & Althof, 2008) گزارش کردند که انزال زودرس کیفیت روابط زوج‌ها را تحت تاثیر قرار می‌دهد. تاثیر اختلال‌های

جنسی بر روابط زن و مرد در مطالعه اوبرگ و فاکل- مایر (Oberg & Fugel-Meyer, 2005) برجسته‌تر بود، آنها دریافتند که شاخص اصلی پیش‌بینی کننده اختلال جنسی زنان، عدم رضایت از روابط و اختلال‌جنسی همسر بود. یافته‌های اسمیت، پوکال، تریپ و نیکل (Smith, Pukall, Tripp Nickel, 2007) نیز نشان داد که همسران مردان دارای سرطان پروستات یا مردان مبتلابه سندرم درد لگن که سطوح پاین‌تری از کارکرد و رضایت جنسی را دارند، روابط ضعیفتری را گزارش می‌کنند. همچنین آتوود، کلوسینس، نیور (Atwood, Klucinec & Neaver, 2006) بر اهمیت روابط نزدیک زوج‌ها در ایجاد و حفظ اختلال تاکید دارند. متخصصان بالینی و پژوهشگران نیز خاطر نشان کرده‌اند که هنگام درمان اختلال‌های جنسی در مردان و زنان مشکلات موجود در روابط نزدیک آنها مدنظر قرار نمی‌گیرد (Wylie, 2006). از این‌رو، کشف و رفع اختلال-های جنسی، تشخیص نگرانی‌ها و کمک به زوج‌ها برای بهبود کیفیت روابط زناشویی، تاثیر بسزایی در پیشگیری از اختلاف‌های خانوادگی و پیامدهای ناشی از آن خواهد داشت (Bolourian & Ganjloo, 2007).

این پژوهش با رویکرد شناختی رفتاری گروهی و بر مبنای یک دوره درمان اختلال‌های جنسی و مشکلات زناشویی انجام شد. درمان مورد استفاده برای افراد مبتلا به اختلال جنسی به دنبال انتشار کتاب مستر و جانسون تحت عنوان "نارسایی جنسی در انسان" تغییر بنیادین یافت. در این کتاب رویکر جدید و منظمی توضیح داده شده است که درمان جنسی نامیده می‌شود و اساس اولیه درمان شناختی رفتاری را پدید آورده است (Hawton, Salkovskis, Kirk & Clark, 1989). براون و همکاران (Brown & et al, 2005) معتقدند این احتمال وجود دارد که بیماری‌های چالش برانگیز و یا مقاوم به درمان به درمان شناختی رفتاری بهتر پاسخ دهند. یکی دیگر از ویژگی مهم درمان شناختی رفتاری که آن‌را برجسته ساخته است تبعیت این رویکرد از دارو درمانی است. میزان تبعیت از عدم دارودرمانی در اختلال افسردگی، دوقطبی و ... بسیار بالاست (Akincigil, Bowblis & Levin, 2007) و درمان شناختی رفتاری می‌تواند اثر درمان های دارویی را تعدیل کند. زیگلر (Ziegler, 2007) معتقد است رویکرد شناختی رفتاری یک رویکرد ساختارمند است که در آن تمرکز روی مسئله و هدف محور می‌باشد. به علاوه تاکید بر مهارت آموزشی و استقلال مراجعه-کننده را نیز در نظر می‌گیرد، طول درمان را به حداقل می‌رساند و خطر عود و بازگشت مجدد را کاهش می دهد. از این‌رو می‌توان از درمان شناختی رفتاری به‌عنوان یکی از رویکردهای درمانی موثر در درمان اختلال-های جنسی و مشکلات زناشویی استفاده کرد.

جانت، دیسوتر و زچ (Geonet, De Sutter & Zech, 2013) معتقدند که فرایندهای شناختی در اختلال‌های جنسی زنان نقش دارند. به عبارتی شناخت های تحریف شده و تفکر منفی درباره فعالیت جنسی،

علایم را تشدید و دایمی می‌کند، بنابراین کشف این خود تلقینی های منفی به تجزیه و تحلیل موفق مشکلات جنسی کمک می‌کند (Araoz, 2005) و درمان رفتاری شناختی ضمن آنکه بر عملکرد جنسی تاثیر مثبت دارد، به احتمال زیاد رضایت جنسی را افزون خواهد کرد. اسپنس (Spence, 1991) نیز معتقد است که رویکرد شناختی رفتاری در درمان اختلالات جنسی ضمن اهمیت دادن به روش‌های رفتاری به تغییر شناخت‌های ناسازگارانه افراد می‌پردازد و بدین ترتیب تاثیر درمانی را افزایش می‌دهد. امروزه این رویکرد از متداول‌ترین و معروف‌ترین روش‌های درمانی توصیه شده در درمان اختلال‌های جنسی می‌باشد (Fahimi, 2011)، که در مقایسه با درمان‌های دارویی دارای دو مزیت اصلی هستند: آنها اثرات جانبی منفی بر جسم ندارند. به علاوه هدف این درمان‌ها بهبود کارکرد جنسی و افزایش رضایت جنسی ورای کاهش نشانگان هدف می‌باشد (Fruhauf, Gerger, Schmidt, Munder & Barth, 2013). در همین راستا، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی اختلال‌های جنسی و مشکلات زناشویی بر پویایی‌های رابطه جنسی و جاذبه جنسی زنان مراجعه کننده به دادگاه خانواده انجام گردید. فرضیه‌های پژوهش حاضر عبارتند از:

۱) درمان شناختی رفتاری گروهی اختلال‌های جنسی و مشکلات زناشویی بر پویایی‌های رابطه جنسی زنان مراجعه‌کننده به دادگاه خانواده موثر است.

۲) درمان شناختی رفتاری گروهی اختلال‌های جنسی و مشکلات زناشویی بر جاذبه جنسی زنان مراجعه-کننده به دادگاه خانواده موثر است.

روش

پژوهش حاضر از نوع هدف جزو پژوهش‌های کاربردی و از نظر شیوه گردآوری داده‌ها جزو پژوهش‌های نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون- پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان مراجعه‌کننده به دادگاه خانواده شهر مشهد بود که براساس ملاک‌های تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی و نظر متخصصان تشخیص اختلال‌های جنسی دریافت کرده و دارای پرونده بودند. تعداد اعضای نمونه در این پژوهش ۳۰ نفر بود که به‌روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و سپس به‌تصادف در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند. ملاک‌های ورود و خروج شامل دامنه سنی بین ۲۰ تا ۳۵، عدم ابتلا به اختلال‌های روانی دیگر، عدم مصرف مواد، نداشتن بیماری جسمی دیگری که فرد را از شرکت در برنامه پژوهش باز دارد و غیبت بیش‌از سه جلسه در طول دوره بود. بر این اساس،

چهار نفر از اعضای گروه آزمایش به سبب غیبت بیش‌از سه جلسه کنار گذاشته شدند. از این‌رو برای دست‌یابی به نتایج همگن‌تر داده‌های مربوط به چهار نفر از اعضای گروه کنترل نیز به‌طور تصادفی از تحلیل‌ها حذف شد. داده‌های پژوهش حاضر به‌کمک نرم افزار اس‌پی‌اس‌اس نسخه ۲۲ و با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیره تحلیل شدند.

ابزارهای پژوهش

ابزار مورد استفاده در این پژوهش شامل دو ابزار:

۱- پرسشنامه آگاهی جنسی (خرده‌مقیاس جذابیت جنسی) و ۲- مقیاس خودافشایی رابطه (خرده‌مقیاس پویایی‌های رابطه جنسی) بود که در زیر به توضیح هر کدام از این ابزارها پرداخته می شود:

پرسشنامه آگاهی جنسی[1]: ابزاری ۳۶ ماده‌ای است که توسط اسنل، فیشر و میلر (Snell, Fisher & Miller, 1991) به‌منظور ارزیابی آگاهی جنسی[2]، نظارت جنسی[3]، جاذبه جنسی[4] و جرأت‌ورزی جنسی[5] ساخته شده است. این آزمون دارای ۳۶ عبارت است و از شرکت‌کنندگان خواسته می‌شود براساس یک مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای در دامنه‌ای از صفر (خیلی با من مطابقت دارد) تا ۴ (به‌هیچ‌وجه با من مطابقت ندارد) میزان موافقت یا مخالفت خود با هریک از عبارات را مشخص کنند. نتایج مربوط به اعتبار و روایی این پرسشنامه در مورد دو گروه از دانشجویان رشته روان‌شناسی دانشگاه میدوسترن نشان داده است که اعتبار خرده مقیاس‌های آگاهی جنسی، نظارت جنسی، جاذبه جنسی و جرأت ورزی جنسی به روش همسانی درونی (ضریب آلفای کرونباخ) بین ۰/ ۸۰ تا ۰/۹۲ قرار دارد. آنها همچنین نشان دادند که این آزمون از روایی همگرا و افتراقی مناسبی برخوردار می‌باشد. در این پژوهش فقط از خرده‌مقیاس جاذبه جنسی استفاده شد و اعتبار آن به روش همسانی درونی ۰/۶۹ برآورد شد.

مقیاس خودافشایی رابطه[6]: ابزاری ۷۵ ماده‌ای است که توسط اسنل، هامپتون و پاملا (Snell, Hampton & Pamela, 1992) ساخته شده است. مقیاس خودافشایی رابطه شامل ۲۵ خرده مقیاس می‌شود و هر خرده‌مقیاس سه عبارت را در در بر می گیرد. این خرده‌مقیاس‌ها در پنج طبقه دسته‌بندی می‌شوند: عشق،

1. Sexual Awareness Scale (SAS)
2. Sexual Consciousness
3. Sexual Monitoring
4. Sexual Appeal
5. Sexual Assertiveness
6. Relationship Disclosure Scale (RDS)

نزدیکی، رابطه جنسی[1]؛ واکنش‌های روانشناختی شخصی[2]؛ نگرانی‌های مرتبط با همسر[3]، پویایی‌های رابطه[4] و فشار رابطه[5]. نمره‌گذاری براساس یک مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای و در دامنه‌ای از صفر(تمایلی ندارم تا درباره این موضوع با یک مشاور ازدواج خانم صحبت کنم) تا ۴ (کاملاً تمایل دارم تا درباره این موضوع با یک مشاور ازدواج خانم صحبت کنم) صورت می‌گیرد. اعتبار خرده‌مقیاس‌های آزمون به روش همسانی درونی ۰/۸۷ تا ۰/۹۷ گزارش شده است. همبستگی درونی این خرده مقیاس‌ها نیز بایکدیگر همبسته ۰/۳۴ تا ۰/۹۳ بوده است. در این پژوهش فقط از خرده‌مقیاس پویایی‌های رابطه استفاده شد و اعتبار آن به روش همسانی درونی ۰/۸۴ برآورد شد.

روش اجرا

پس از هماهنگی‌های لازم با دادگاه خانواده شهر مشهد ۳۰ نفر از زنان مبتلا به اختلال‌های جنسی مراجعه‌کننده به دادگاه خانواده شهر مشهد براساس ملاک‌های تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، نظر متخصصان و همچنین ملاک‌های ورود و خروج پژوهش انتخاب و به تصادف در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. پس از هماهنگی با این افراد، با استفاده از ابزارهای پژوهش، از گروه‌ها پیش‌آزمون به عمل آمد. سپس درمان شناختی رفتاری به‌مدت ۸ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای، به صورت گروهی و هر هفته دو جلسه، برای گروه آزمایش به اجرا در آمد و برای گروه کنترل هیچ برنامه‌ای اجرا نشد. پس از پایان این مدت برای مقایسه اثر این مداخله از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد و نتایج پیش‌آزمون و پس‌آزمون در هر دو گروه با یکدیگر مقایسه شد. جزئیات مربوط به برگزاری دوره‌های آموزش درمان شامل اهداف، تکالیف و برنامه جلسات درمانی به تفکیک جدول ۱ بود.

جدول ۱: خلاصه جلسات، چهارچوب و ساختار کلی جلسات

جلسات درمان	عنوان و روند جلسات	
جلسه اول	آشنایی	آشـنایی درمانگر با شـرکت‌کنندگان، اتحاد درمانی، آشـنایی کلی با انواع اختلال‌های کارکرد جنسی؛ تاثیر آن در کیفیت روابط زناشویی.
جلسه دوم	تاکید بر اهمیت درمان	بیان ارزش و اهمیت درمان، تعیین مشـکل اصـلی، ارزیابی نحوه‌ی نزدیکی، آموزش مهارت‌های ارتباطی.

1. Love, Closeness, and Sex
2. One‘s Psychological Reactions
3. Partner-Related Topics
4. Dynamics of Sex Relation
5. Relationship Stress

جلسه سوم	شناساندن مفاهیم جنسی	ارائه‌ی دانش و اطلاعات جنسی، تشخیص باورها و افکار غیرمنطقی، و آموزش ابراز وجود به شیوه‌ی صحیح.
جلسه چهارم	افزایش مهارت‌های جنسی	بازسازی شناختی؛ تغییر نگرش منفی نسبت به مسائل جنسی، تمرکز حسی نوع اول
جلسه پنجم	آموزش تکنیک‌های عملی ۱	نمایش فیلم، تمرکز حسی نوع دوم، آموزش تمرینات کگال، دخول بدون ارگاسم و خودتحریکی، ارگاسم در حضور همسر.
جلسه ششم	آموزش تکنیک‌های عملی ۲	نمایش فیلم، آموزش تکنیک‌های تن آرامی برای کاهش هر چه بیشتر اضطراب در زندگی روزمره.
جلسه هفتم	آموزش مهارت‌های حل مشکلات جنسی در موقعیت-های خاص	مانور نقطه عطف، نزدیکی و ارگاسم، آموزش مهارت حل مساله و کاربردهای آن در زندگی روزمره برای کاهش هرچه بیشتر موقعیت‌های اضطراب‌زا،
جلسه هشتم	جمع‌بندی	جمع‌بندی کلی نکات ارائه شده طی جلسات درمان، تبیین احتمال عود علائم پس از دوره درمان، واکنش صحیح در زمان عود علائم.

یافته‌ها

به‌منظور ارائه تصویر روشن‌تری از یافته‌های پژوهش، نتایج مربوط به میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در جدول ۲ ارایه شده است.

جدول۲: شاخص‌های توصیفی مربوط به نمره‌های پویایی‌های رابطه و جذابیت جنسی

متغیرها		پیش آزمون				پس آزمون			
		میانگین	انحراف استاندارد	t	P	میانگین	انحراف استاندارد	t	P
پویایی‌های رابطه	آزمایش	۳۸/۸۱	۱۱/۳۴	−۰/۴۵	۰/۶۵	۴۸/۰۹	۷	۲/۶۶	۰/۰۱۵
	کنترل	۴۰/۹۰	۱۰/۲۶			۳۹/۲۷	۸/۴۶		
جاذبه جنسی	آزمایش	۵/۳۶	۱/۲۰	۰/۴۱	۰/۷۹	۸/۸۱	۱/۱۶	۴/۲۸	۰/۰۰۰۱
	کنترل	۵/۵۴	۱/۹۶			۶	۱/۸۴		

میانگین سنی شرکت‌کنندگان گروه آزمایش و کنترل به‌ترتیب برابر ۲/۷۰±۲۹/۰۹ و ۴/۸۶±۳۱ بود. از مجموع ۲۲ نفر ۶ نفر زیر ۲۵ سال، ۸ نفر بین ۲۶ تا ۳۰ سال، ۵ نفر بین ۳۱ تا ۳۵ سال و ۳ نفر بالای ۴۰ سال سن داشتند. بعلاوه، تفاوت معناداری بین میانگین سنی دو گروه وجود نداشت ($P>۰/۰۵$، $df=۲۰$، $t=-۰/۷۶$). آن‌گونه که در جدول بالا مشخص است میانگین نمره گروه‌های آزمایش و کنترل در پویایی رابطه و جاذبه جنسی در پیش آزمون معنادار نیست، در حالی‌که تفاوت بین گروه‌های آزمایش و کنترل در پس آزمون پویایی‌های رابطه و جاذبه جنسی معنادار است.

قبل از تحلیل داده‌های پژوهش مفروضه‌های زیربنایی تحلیل مورد بررسی قرار گرفت. برای بررسی مفروضه طبیعی بودن توزیع داده‌های آزمون از روش شاپیرو–ویلک استفاده شد. آماره شاپیرو ویلک نشان داد که مقدار آن برای همه متغیرها معنادار نیست (P>۰/۰۵). همچنین، نتایج آزمون یکسانی شیب خط رگرسیون و پیش شرط تساوی واریانس‌ها (با استفاده از آزمون لوین) برای گروه‌های آزمایش و کنترل یکسان بود (P>۰/۰۵)، از این‌رو استفاده از تحلیل کواریانس بلامانع است. در جدول ۳ و ۴ نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره (ANCOVA) مربوط به اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی اختلال‌های جنسی و مشکلات زناشویی بر پویایی‌های رابطه جنسی و جاذبه جنسی زنان مراجعه‌کننده به دادگاه خانواده ارایه شده است.

جدول ۳: خلاصه تحلیل کوواریانس تک متغیره مربوط به دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر پویایی رابطه جنسی

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا
پویایی رابطه پیش آزمون	۶۷۴/۴۹	۱	۶۷۴/۴۹	۲۴/۰۶	۰/۰۰۰۱	۰/۵۶
اثر اصلی (درمان)	۵۳۷/۹۶	۱	۵۳۷/۹۶	۱۹/۱۹	۰/۰۰۰۱	۰/۵۰
خطای باقی مانده	۵۳۲/۵۹	۱۹	۲۸/۰۳			

جدول ۴ خلاصه تحلیل کوواریانس تک متغیره مربوط به دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر جاذبه جنسی

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا
آزمون‌جاذبه جنسی پیش	۴/۰۷	۱	۴/۰۷	۱/۷۷	۰/۲۰	۰/۰۸۵
اثر اصلی (درمان)	۴۵/۱۰	۱	۴۵/۱۰	۱۹/۶۷	۰/۰۰۰۱	۰/۵۱
خطای باقی مانده	۴۳/۵۶	۱۹	۲/۲۹			

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که با حذف اثر نمره‌های پیش‌آزمون به عنوان متغیر همپراش اثر اصلی درمان شناختی رفتاری گروهی اختلال‌های جنسی و مشکلات زناشویی بر پویایی‌های رابطه جنسی زنان مراجعه‌کننده به دادگاه خانواده در پس‌آزمون معنادار است (P<۰/۰۵). از این‌رو فرضیه اول این پژوهش مبنی بر درمان شناختی رفتاری گروهی اختلال‌های جنسی و مشکلات زناشویی بر پویایی‌های رابطه جنسی زنان مراجعه‌کننده به دادگاه خانواده موثر است، تأیید می‌شود. میزان تأثیر این مداخله نیز ۰/۵۰ بوده است. نتایج جدول ۴ نیز نشان می‌دهد که با حذف اثر نمره‌های پیش‌آزمون به عنوان متغیر همپراش اثر اصلی درمان شناختی رفتاری گروهی اختلال‌های جنسی و مشکلات زناشویی بر جاذبه جنسی زنان مراجعه‌کننده به دادگاه

خانواده در پس‌آزمون معنادار است (P<۰/۰۵). از این‌رو فرضیه دوم این پژوهش مبنی بر اینکه درمان شناختی رفتاری گروهی اختلال‌های جنسی و مشکلات زناشویی بر جاذبه جنسی زنان مراجعه‌کننده به دادگاه خانواده موثر است، تأیید می‌شود. میزان تأثیر این مداخله نیز ۰/۵۱ می‌باشد.

نتیجه

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی اختلال‌های جنسی و مشکلات زناشویی بر پویایی‌های رابطه جنسی و جاذبه جنسی زنان مراجعه کننده به دادگاه خانواده انجام گردید. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان شناختی رفتاری گروهی اختلال‌های جنسی و مشکلات زناشویی اثر معناداری بر پویایی‌های رابطه جنسی و جاذبه جنسی زنان مراجعه‌کننده به دادگاه خانواده دارد. اثربخشی درمان شناختی- رفتاری در بهبود نگرش و رفتارهای جنسی زنان در پژوهش‌هایی مانند زیمر (Zimmer, 1987)، هیمن (Heiman, 2002)، نیکولوسی و همکاران (Nicolosi & et al, 2005)، ریس و همکاران (Reis & et al, 2011)، ترودل و همکاران (Trudel & et al, 2001)، مک‌کارتی و مک‌کارتی (McCarthy & McCarthy, 2003)، غلامزاده، عطاری و شفیع‌آبادی (Gholamzadeh, Attari & Shafiaabadi, 2009)، صالحزاده، کجباف، مولوی و ذولفقاری (Salehzade, Kajbaf, Movlavi & Zolfaghari, 2011)، کجباف، فرامرزی و حسینی (Kajbaf, Faramarzi & Hosseini, 2011) و بختیاری، شیدایی، بحرینیان و نوری (Bakhtiari, sheydaei, Bahrainian & Nouri, 2015) تایید شده است.

نتایج پژوهش حاضر در خصوص فرضیه اول نشان داد که درمان شناختی رفتاری گروهی اختلال‌های جنسی و مشکلات زناشویی بر پویایی‌های رابطه جنسی زنان مراجعه کننده به دادگاه خانواده اثر دارد. نتیجه به‌دست آمده با نتایج پژوهش‌های کاتلر (Cutler, 2003)، مورگان و تامسون (Morgan & Thompson, 2006)، برادوسکی (Brodsky, 2007)، مورگان و دیویدسون (Morgan & Davidson, 2008)، و اوسلیوان و همکاران (O'Sullivan & et al, 2014) که نشان دادند آموزش مهارت‌های جنسی موجب افزایش پویایی-های رابطه جنسی زنان متأهل می‌گردد، هم‌سو است. برای تبیین چنین نتیجه‌ای می‌توان گفت همانطور که بسیاری از پژوهش‌ها نشان داده‌اند بسیاری از افراد مخصوصاً در کشور ما با اطلاعات ناقص و گاه حتی اشتباه وارد رابطه زناشویی می‌شوند که نتیجه آن رابطه‌ای باکیفیت پایین می‌باشد. ارائه اطلاعات صحیح در زمینه چرخه پاسخ جنسی، تفاوت‌های زن و مرد در این زمینه و در ابراز عشق، در زمینه رابطه جنسی نه تنها احتمال بهبود مهارت‌های عملی را افزایش می‌دهد بلکه باعث اصلاح بسیاری از باورهای اشتباه آزمودنی‌ها می‌گردد. مسئله‌ای که مخصوصاً در خانم‌ها بسیار حائز اهمیت می‌باشد، زیرا مکانیسم‌های راه‌انداز میل جنسی در زنان

به مقدار زیادی تحت تأثیر افکار و باورهایی قرار دارد که در این زمینه دارند؛ برخلاف مردان که به راحتی و خیلی زود از طریق حس بینایی و یا بویایی برانگیخته می‌شوند. آمار نشان داده است که مردان بیش از زنان متمایل به ارضا نیازها و تمایلات خود هستند (Diamond, 2005). مطالعه چاندرا، کوپن و موشر(Chandra, Mosher, Copen & Sionean, 2011) نشان داد که مردان و زنان به تحریکات بصری به‌صورت متفاوت واکنش می‌دهند. در مجموع، افزایش آگاهی در زمینه نحوه‌ی صحیح پاسخ جنسی، بهبود سبک تغییرپذیری، تفاوت‌های زن و مرد در نحوه‌ی فعالیت جنسی و ابراز عشق، و تمرین مهارت‌های عملی که در طول آموزش شناختی- رفتاری کسب می‌شود، باعث اصلاح رفتارهای جنسی و افزایش پویایی‌های جنسی می‌گردد.

نتایج پژوهش حاضر در خصوص فرضیه دوم نشان داد که درمان شناختی رفتاری گروهی اختلال-های جنسی و مشکلات زناشویی بر جاذبه جنسی زنان مراجعه کننده به دادگاه خانواده اثر دارد. نتایج این مطالعه با نتایج پژوهش‌های اسمیت و همکاران (Smith & et al, 2003)، گالیهر، روستوسکی و هیوگز (Galliher, Rostosky, Hughes, 2004)، گرامر، فنیکا و نیو (Grammer, Finka & Neave, 2005)، جونز، زیمرمن و بومیستر (Johns, Zimmerman & Bauermeister, 2013) و مک‌گینتوک و هرت (McClintock & Herdt, 2013) که نشان دادند آموزش مهارت‌های جنسی موجب افزایش جذابیت جنسی زنان متأهل می‌گردد، هم‌سو است. برای تبیین چنین نتیجه‌ای می‌توان گفت از دیدگاه شناختی، جاذبه جنسی مهمترین بعد از جهت‌گیری جنسی در میان زنان است و مکانیسم مفیدی در بررسی پیامدهای سلامتی روحی زنان به حساب می‌آید. بنابراین، استفاده از آموزش‌های شناختی- رفتاری گروهی به منظور افزایش آگاهی جنسی و دستیابی به سلامت روحی و در نتیجه افزایش جاذبه جنسی در پژوهش‌های گذشته مانند جونز و همکاران (Johns, Zimmerman & Bauermeister, 2013) توصیه شده است. مطالعه‌ی گانگستد و شید (Gangestad & Scheyd, 2005) نشان می‌دهد ایجاد اعتمادبه نفس و خودباوری در شریک جنسی که در نتیجه آموزش شناختی- رفتاری می‌توان به آن دست یافت، موجب ایجاد آرامش می‌شود، پاسخ‌های سازگارانه شخص به محیط را تقویت می‌کند و جادبه جنسی را ارتقا می‌دهد. اسمیت و همکاران (Smith & et al, 2003) در پژوهش خود تاکید کردند که جذابیت جنسی در زنان متأهل را می‌توان از طریق افزایش آگاهی در ارتباط با رابطه جنسی افزایش داد. از این رو، افزایش دانش در زمینه کسب اعتمادبنفس و خودباوری در رابطه جنسی، سبک‌های ایجاد آرامش در رابطه جنسی، تفاوت‌های زن و مرد در رسیدن به سلامت روانی، و تمرین مهارت‌های عملی که در طول آموزش شناختی- رفتاری کسب می‌شود، باعث اصلاح رفتارهای جنسی و افزایش جذابیت جنسی می‌گردد.

در تبیین نتایج بدست آمده می‌توان گفت در جلسات آموزشی هنگامی که شرکت‌کنندگان به‌واسطه آموزش‌ها توانستند در مرحله اول تماس‌های عاطفی و حسی غیرجنسی و در مرحله بعد تماس‌های لمسی و عاطفی جنسی با همسرشان برقرار نمایند و این تماس‌ها را به صورت مداوم با همسرشان داشته باشند، باعث شد تا همسران احساس امنیت و نزدیکی بیشتری با یکدیگر داشته باشند. بنابراین، می‌توان گفت نارضایتی زناشویی با مشکلات متعددی از جمله اختلال‌های جنسی مرتبط است و بطور کلی می‌توان گفت با مداخلات رفتاری و شناختی نه تنها می‌توان به درمان اختلالات جنسی پرداخت بلکه می‌توان به بهبود وضعیت زناشویی زوج‌های دارای مشکلات زناشویی کمک کرد.

در مجموع، نتایج پژوهش حاضر نشان داد تکنیک‌های شناختی رفتاری در زمینه مسائل جنسی شامل افزایش آگاهی جنسی و مهارت‌های جنسی، خیال‌پردازی، افزایش بینش و درک علل سیستماتیک، کاهش میل جنسی و طرز بیان احساسات و مداخلات رفتاری بر بهبود میل جنسی زنان اثر گذاشته و با تاثیرات مثبت متقابل روی همسر به ویژه در زمینه‌ی ارتباط، رضایت جنسی را تحت شعاع قرار می‌دهد. از آنجا که یکی از جنبه‌های رضایت زناشویی، رضایت از روابط جنسی در زندگی مشترک است، با بهبود رابطه‌ی جنسی و کاهش اختلال میل جنسی، از وخامت وضعیت زناشویی کاسته می‌شود و این امر موجب افزایش کیفیت زندگی و رضایت زناشویی می‌گردد. با این حال این پژوهش دارای محدودیت هایی است. به دلیل نگاه گناه‌آلود به مسائل جنسی در ایران، در زمینه شناسایی، تعیین علل موثر در بروز مشکلات جنسی و درمان آن در جامعه ایرانی پژوهش‌های محدودی انجام شده است و بررسی‌ها از حد مراکز دانشگاهی فراتر نرفته است. لذا نبود یک پروتکل تدوین شده، آزمون شده و فرهنگ‌سازی شده متناسب با جامعه ایرانی از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. در پژوهش‌های آتی نمونه به صورت زوج اتنخاب شود تا امکان مقایسه زوج‌ها با هم وجود داشته باشد. باتوجه به نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر و با توجه به تاثیر انکارناپذیر مسائل و روابط جنسی در زندگی زناشویی پیشنهاد می‌شود کارگاه‌های آموزشی بهبود ارتباط جنسی به منظور پیشگیری از مشکلات جنسی زوجین در مراکز مشاوره و راهنمایی، نه تنها برای زنان بلکه برای مردان نیز دایر گردد تا از این آموزش‌ها در جهت افزایش هر چه بیشتر صمیمیت زناشویی و کاهش تعارضات استفاده شود.

References

Akhtari, E., Raisi, F., Keshavarz, M., Hosseini, H., Sohrabvand, F., Bioos, S., Kamalinejad, M., & Ghobadi, A. (2014). Tribulus terrestris for treatment of sexual dysfunction in women: Randomized double-blind placebo-controlled study. *DARU Pharmaceutical Sciences*, *22*(40), 1-6. (In Persian).

Akincigil, A., Bowblis, G.R., & Levin, C. (2007). Adherence to antidepressant treatment among privately insured patients diagnosed with depression. *Medical Care, 45(4),* 363-369.

Althof, S.E., Leiblum, S.R., Chevret-Measson, M., Hartmann, U., Levine, S.B., McCabe, M., Plaut, M., Rodrigues, O., & Wylie, K. (2005). Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction. *The Journal of Sexual Medicine, 2*(6), 793-800.

Apicella, C.L., Feinberg, D.R., & Marlowe, F.W. (2007). Voice pitch predicts reproductive success in male hunter-gatherers. *Biology Letters, 3(6),* 682–684.

Araoz, D. (2005). Hypnosis in human sexuality problems. *American Journal of Clinical Hypnosis, 47(4),* 229-242.

Atwood, J., Klucinec, E., & Neaver, E. (2006). A combined-constructionist therapeutic approach to couples experiencing erectile dysfunction: Part II. *Contemporary Family Therapy, 28(4),* 403-418.

Bakhtiari, M., Sheydaei, H., Bahreynian, S.A., & Nori, M. (2015). The effect of cognitive-behavioral therapy on low sexual desire and marital satisfaction. *Journal of Clinical Psychology Andishe va Raftar, 9(36),* 7-16. (In Persian).

Basson, R., Berman, J., & Whipple, B., Derogatis, L., Ferguson, D., Fourcroy, J., Goldstein, I., Graziottin, A., Heiman, J., Laan, E., Leiblum, S., Padma-Nathan, H., Rosen, R., Segraves, K., Segraves, R.T., Shabsigh, R., Sipski, M., Wagner G., & Whipple, B. (2000). Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *The Journal of Urology, 163(3),* 888-893.

Bolourian, Z. & Ganjloo, J. (2007). Evaluating sexual dysfunction and some related factors in women attending Sabzevar Health Care Centers. *Journal of Reproduction and Infertility, 8(2),* 163-170. (In Persian).

Boothroyd, L.G., Jones, B.C., Burt, D.M., DeBruine, L.M., & Perrett, D.I. (2008). Facial correlates of sociosexuality. *Evolution and Human Behavior, 29(3),* 211–218.

Brodsky, G.B. (2007). *Women's perceptions of different power dynamics in their sexual encounters with both women and men*. Theses, Dissertations, and Projects. Retrieved from https://scholarworks.smith.edu/theses/1315

Brown, G.K., Ten Have, T., & Henrigues, G.R., Xie, S.X., Hollander, J.E., & Beck, A.T. (2005). Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts. A randomized controlled trial. *JAMA, 294(5),* 563-570.

Buga, G.A., Amoko, D.H., & Ncayiyana, D.J. (1996). Adolescent sexual behaviour, knowledge and attitudes to sexuality among school girls in Transkei South Africa. *East African Medical Journal, 73(2),* 95-100.

Buss, D.M. (1998). The psychology of human mate selection: Exploring the complexity of the strategic repertoire. In C.B. Crawford & Krebs, D. L. (Eds.), *Handbook evolutionary psychology: Ideas, issues, and Applications* (pp. 405-429). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Chandra, A., Mosher, W.D., Copen, C.E., & Sionean, C. (2011). Sexual behavior, sexual attraction, and sexual identity in the United States: Data from the 2006–2010. *Natl Health Stat Report*, 3(36), 1-36.

Chu, S., Hardaker, R., & Lycett, J.E. (2007). Too good to be 'true'? The handicap of high socio-economic status in attractive males. *Personality and Individual Differences, 42(7),* 1291–1300.

Cutler, B. (2003). *Partner selection, power dynamics, and sexual bargaining in self-defined BDSM couples, submitted to the institute for the advanced study of human sexuality*. Unpublished doctoral dissertation, The Institute for Advanced Study of Human Sexuality, San Francisco.

Diamond, L.M. (2005). II. from the heart or the gut? Sexual-minority women's experiences of desire for same-sex and other-sex partners. *Feminism & Psychology, 15(1),* 10-14.

Fahimi, Z. (2011). *The effect of sexual skills training based on CBT on increasing sexual satisfaction and decreasing depression and anxiety in women*. MA theses. Ferdowsi Mashhad University. (In Persian)

Farmani Shahreza, S.H., Rasouli, M., & Ghaedniay Jahromi, A. (2014). The relationship between marital intimacy, communication patterns, and pursuing- distancing behavior of married personnel of Kharazmi University. *Family Counseling and Psychotherapy, 4(3),* 447-473. (In Persian)

Fido, A. (2004). Emotional distress in infertile women in Kuwait. *International Journal of Fertility and women's Medicin, 49 (1),* 24-28.

Fink, B., & Penton-Voak, I.S. (2002). Evolutionary psychology of facial attractiveness. *Current Directions in Psychological Science, 11(5),* 154–158.

Fruhauf, S., Gerger, H., Schmidt, H.M, Munder, T., & Barth, J. (2013). Efficacy of psychological interventions for sexual dysfunction: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Sexual Behavior*, 42(6), 915-933.

Galliher, R.V., Rostosky, S.S., & Hughes, H.K. (2004). School belonging, self-esteem, and depressive symptoms in adolescents: An examination of sex, sexual attraction status, and urbanicity. *Journal of Youth and Adolescence, 33(3),* 235–245.

Gangestad, S.W., & Scheyd, G.J. (2005). The evolution of human physical attractiveness. *Annual Review of Anthropology, 34(1),* 523-548.

Géonet, M., De Sutter, P., & Zech, E. (2013). Cognitive factors in women hypoactive sexual desire disorder. *Sexologies, 22(1),* 9-15.

Gholamzadeh, M., Attari, Y.A., & Shafiaabady, A. (2009). A study of the effect of communication skills training sessions on family function among self- referred couples of Ahvaz well-being office. *Knowledge & Research in Applied Psychology, 11(41),* 83-102. (In Persian)

Goetz, C.D., Easton, J.A., Lewis, M.G., & Buss, D.M. (2012). Sexual exploitability: Observable cues and their link to sexual attraction. *Evolution and Human Behavior, 33(4),* 417–426.

Grammer, K., Fink, B., & Neave, N. (2005). Human pheromones and sexual attraction. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 118(2),* 135–142.

Hawton, K., Salkovskis, P.M., Kirk, J., & Clark, D.M. (1989). *Cognitive behavioural therapy for psychiatric problems: A practical guide*. Oxford: Oxford University Press.

Heiman, J.R. (2002). Psychologic treatments for female sexual dysfunction: Are they effective and do we need them? *Archives of sexual behavior, 31(5),* 445-450.

Hume, D.K., & Montgomerie, R. (2001). Facial attractiveness signals different aspects of “quality” in women and men. *Evolution and Human Behavior*, *22(2),* 93-112.

Jasienska, G., Lipson, S.F., Ellison, P.T., Thune, I., & Ziomkiewicz, A. (2006). Symmetrical women have higher potential fertility. *Evolution and Human Behavior*, *27(5),* 390–400.

Johns, M.M., Zimmerman, M., & Bauermeister, J.A. (2013). Sexual attraction, sexual identity, and psychosocial wellbeing in a national sample of young women during emerging adulthood. *Journal of Youth Adolescence*, *42(1),* 82–95.

Johnston, V.S. (2006). Mate choice decisions: The role of facial beauty. *Trends in Cognitive Science*, *10(1),* 9-13.

Jokela, M. (2009). Physical attractiveness and reproductive success in humans: Evidence from the late 20th century United States. *Evolution and Human Behavior*, 30(5), 342–350.

Kajbaf, M.B., Faramarzi, S., & Hosseini, F. (2011). A study of the efficacy of cognitive-behavioral therapy on female frigidity and couple’s intimacy in frigid married women in Bandar Abbas city. *Family Counseling and Psychotherapy*, *2(3),* 307-321. (In Persian).

Kanazawa, S. (2007). Beautiful parents have more daughters: A further implication of the generalized Trivers-Willard hypothesis (gTWH). *Journal of Theoretical Biology*, *244(1),* 133–140.

Karahan, T.F. (2007). The effects of a couple communication program on passive conflict tendency among married couples. *Educational Sciences: Theory & Practice*, *7(2),* 845-858.

Kelly, M.P., Strassberg, D., & Turner, C.M. (2006). Behavioral assessment of couples’ communication in female orgasmic disorder. *Journal of Sex and Marital Therapy*, *32(2),* 81-95.

Kimiaee, S.A., Mansouri, A., & Mansouri, N. (2016, February). *Psychometric properties and validation of the marital primary communication inventory (verbal-nonverbal communication).* Paper presented at the 2nd International Conference on Psychology, Educational Sciences and Lifestyle, Torbat Heydarieh.

Lotfi Kashani, F, Vaziri, Sh., & Hajizadeh, Z. (2014). Sexual skills training, body image and sexual function in breast cancer. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, *159(23),* 288 – 292.

McCabe, M.P., & Cobain, M.J, (1998). The impact of individual and relationship factors on sexual dysfunction among males and females. *Journal of Sexual and Marital Therapy*, *13(2),* 131-143.

McCarthy, B., & McCarthy, E. (2003). *Rekindling desire a step-by-step program to help lowsex and no-sex marriages*. New York, NY: Routledge.

McClintock, M.K., & Herdt, G. (1996). Rethinking puberty: The development of sexual attraction. *Current Directions in Psychological Science*, *5(6),* 178-183.

Millard. J., & Bienvenu, Sr. (1970). Measurement of marital communication. *The Family Coordinator*, *19(1),* 26-31.

Morgan, E.M., & Thompson, E.M. (2006). Young women's sexual experiences within same-sex friendship: Discovering and defining bisexual and bi-curious identity. *Journal of Bisexuality*, *6(3),* 9-34.

Morgan, L.M., & Davidson, M.L. (2008). Sexual dynamics in mentoring relationships: A critical review. *British Journal of Management*, *19(1),* 120–129.
Nicolosi, A., Glasser, D.B., Kim, S.C., Marumo, K., Laumann, O., & GSSAB Investigators' Group. (2005). Sexual behaviour and dysfunction and help-seeking patterns in adults aged 40–80 years in the urban population of Asian countries. *BJU International*, *95(4),* 609-614.
Oberg, K., & Sjögren Fugel-Meyer, K. (2005). Swedish women’s distressing sexual dysfunctions: Some concomitant conditions and life satisfaction. *The journal of sexual medicine*, *2(2),* 169-180.
O'Sullivan, L.F., Harrison, A., Morrell, R., Monroe-Wise, A., & Kubeka, M. (2014). Gender dynamics in the primary sexual relationships of young rural South African women and men. *Culture, Health & Sexuality*, *8(2),* 99-113.
Peters, M., Rhodes, G., & Simmons, L.W. (2008). Does attractiveness in men provide clues to semen quality? *Journal of Evolutionary Biology*, *21(2),* 572–579.
Reis, M., Ramiro, L., de Matos, M.G., & Alves Diniz, J. (2011). The effects of sex education in promoting sexual and reproductive health in Portuguese university students. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 29, 477– 485.
Rhodes, G. (2006). The evolutionary psychology of facial beauty. *Annual Review of Psychology*, 57(1), 199–226.
Rhodes, G., Simmons, L.W., & Peters, M. (2005). Attractiveness and sexual behavior: Does attractiveness enhance mating success? *Evolution and Human Behavior*, *26(2),* 186– 201.
Roffe, M.W., & Britt, B.C. (1981). A typology of marital interaction for sexually dysfunctional couples. *Journal of Sex and Marital Therapy, 7(3),* 207-222.
Rosen, R., & Althof, S. (2008). Impact of premature ejaculation: The psychological quality of life and sexual relationship consequences. *Journal of Sexual Medicine, 5*(6), 1296-1307.
Salehzade, M., Kajbaf, M.B., Movlavi, H., Zolfaghari, M. (2011). Effectiveness of cognitive- behavior therapy on sexual dysfunction in women. *Psychological Studies*, 7 (1), 11-31. (In Persian)
Schaefer, K., Fink, B., Grammer, K., Mitteroecker, P., Gunz, P., & Bookstein, F.L. (2006). Female appearance: Facial and bodily attractiveness as shape. *Psychology Science*, *48(2),* 187– 204.
Sexton, T.L., Weeks, G.R., & Robbins, M.S. (2003). *Handbook of family therapy: The science and practice of working with families and couples.* New York: Brunner-Routledge.
Singh, D. (1993). Adaptive significance of female physical attractiveness: Role of waist-to-hip ratio. *Journal of Personality and Social Psychology*, *65(2),* 293–307.
Smith, A.M., Rissel, C.E., Richters, J, Grulich, A.E., & de Visser, R.O. (2003). Sex in Australia: Sexual identity, sexual attraction and sexual experience among a representative sample of adults. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, *27(2),* 138-145.
Smith, K.B., Pukall, C.F., Tripp, D.A., & Nickel, J.C. (2007). Sexual and relationship functioning in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome and their partners. *Archives of Sexual Behavior*. *36(2),* 301-311.

Snell, W.E., (1991). *The sexual awareness scale* (SAS). Retrieved from ww4.semo.edu/snell /scales/SAS.htm

Snell, W.E., Fisher, T.D., & Miller, R.S. (1991). Development of the sexual awareness questionnaire: Components, reliability, and validity. *Annals of Sex Research, 4(1),* 65–92.

Snell, W.E., Hampton, B.R., & McManus, P. (1992). The impact of counselor and participant gender on willingness to discuss relational topics: Development of the relationship disclosure scale. *Journal of Counseling & Development, 70(3),* 409–416.

Spence, S.H. (1991). *Psychosexual therapy: A cognitive behavioral approach*. London: Chapman & Hall.

Sugiyama, L.S. (2005). Physical attractiveness in adaptationist perspective. In D.M. Buss (Eds.), *The handbook of evolutionary psychology* (pp. 292–343). New York: Wiley.

Thornhill, R., & Gangestad, S.W. (1999). Facial attractiveness. *Trends in Cognitive Sciences, 3(12),* 452–460.

Tonekaboni, S., Hassanzadeh, R., & Ebrahimi, S. (2013). The effect of sex education on the marital satisfaction. *European Journal of Experimental Biology, 3(6),* 427-431.

Trudel, G., Marchand, A., Ravart, M., Aubin, S., Turgeon, L., & Fortier, P. (2001). The effect of a cognitive-behavioral group treatment program on hypoactive sexual desire in women. *Sexual and Relationship Therapy, 16(2),* 145-164.

Waynforth, D. (2001). Mate choice trade-offs and women's preference for physically attractive men. *Human Nature, 12(3),* 207–219.

Weeden, J., & Sabini, J. (2007). Subjective and objective measures of attractiveness and their relation to sexual behavior and sexual attitudes in university students. *Archives of Sexual Behavior, 36(1),* 79–88.

World Health Organization. (2002). *Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health.* Geneva, Switzerland: World Health Organization. Retrieved from http://www.who.int/reproductive-health/publications/sexual health /index.html

Wylie, K. (2006). Optimising clinical interventions for sexual difficulties within a relationship. *Journal of Men's Health and Gender, 3(4),* 350-355.

Ziegler, T.E. (2007). Female sexual motivation during non-fertile periods: A primate phenomenon. *Hormones and behavior, 51(1),* 1-2

Zimmer, D. (1987). Dose marital therapy enhance the effectiveness of treatment for sexual dysfunction? *Journal of sexual & Marital Therapy, 13(3),* 193-209.